

ALL. 1

“DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI A COLLABORARE CON L’AGENZIA PER L’ANNO FORMATIVO 2014/2015”

Spett.le
**AGENZIA PER LA FORMAZIONE
L’ORIENTAMENTO E IL LAVORO
DELLA PROVINCIA DI COMO -
AFOL Como**
via Bellinzona 88- 22100 Como

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA’

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____
Il _____ residente a _____
In via _____ n. _____
Telefono _____ Cellulare _____
e_mail: _____

CHIEDE

con la presente di poter partecipare alla Avviso pubblico per la *“Raccolta delle manifestazioni di interesse a collaborare con l’Agenzia finalizzato alla costituzione dell’Elenco dei candidati ammessi a collaborare con l’Agenzia per l’Anno Formativo 2014/2015”* in relazione alla/e seguente/i figure professionali:

AREA FUNZIONALE 3- FORMATORE-DOCENTE

Gruppo A - Formatore/Docente per le discipline Tecnico - Pratiche

- Tecnica e pratica professionale di cucina
- Tecnica e pratica professionale di sala, bar e catering
- Tecnica e pratica professionale di panificazione e pasticceria
- Tecnica e pratica professionale di acconciatura
- Tecnica e pratica professionale di estetica

Gruppo B - Formatore/Docente per le discipline Teoriche

- Lingua Italiana, Storia e Geografia
- Lingue Straniere (inglese, francese, tedesco e spagnolo)
- Qualità, Sicurezza, Igiene e Salvaguardia Ambientale
- Diritto e economia
- Comunicazione, marketing, gestione ed organizzazione aziendale

- Matematica
- Scienze (Scienze Naturali e Scienze della Terra), chimica, fisica e biologia
- Informatica e comunicazione multimediale
- Attività motorie e fitness
- Storia dell'arte e linguaggio artistico, storia dell'acconciatura, storia dell'estetica, storia della moda e del costume
- Area Tecnico-Professionale del settore Alimentare (Merceologia - Igiene - Dietologia, Scienze dell'alimentazione, Scienza e Tecnologia Alimentare, Sicurezza)
- Area Tecnico-Professionale del settore Acconciatura e Estetica (Igiene, Anatomia - Fisiologia, Dermatologia, Cosmetologia, Dietologia Alimentare, Sicurezza)

AREA FUNZIONALE 3- FORMATORE-ORIENTATORE

AREA FUNZIONALE 3- ORIENTATORE AREA SERVIZI AL LAVORO

N.B.: Barrare la/le caselle interessate

e

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, **sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA

- codice fiscale _____
- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- ovvero di essere cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea e di possedere i seguenti requisiti:
 1. godimento dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza
 2. essere in possesso, fatta eccezione per la titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica Italiana
 3. avere adeguata conoscenza scritta e parlata della lingua italiana
- di essere immune da condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso per reati contro l'Amministrazione Pubblica
- di ritenersi in possesso dell'idoneità fisica all'impiego in relazione alle mansioni proprie della figura professionale per la quale si candida
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso un'Amministrazione Pubblica per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego pubblico per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile
- di non avere in corso/attivato alcun procedimento civile o penale in causa nei confronti di AFOL Como o della Provincia di Como

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto a AFOL Como le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella presente domanda, esonerando l'Agenzia da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario
- che il recapito (solo se diverso dalla residenza) a cui inviare le comunicazioni inerenti l'Avviso risulta essere il seguente: _____
e **autorizza** l'invio delle comunicazioni inerenti l'Avviso al seguente indirizzo di posta elettronica _____

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli utili per l'inserimento *nell'Elenco dei candidati ammessi a collaborare con l'Agenzia per l'Anno Formativo 2014/2015*:

Titolo di studio

.....

Specializzazioni/master/abilitazioni

.....

ESPERIENZE LAVORATIVE

Agenzia formativa Istituto scolastico/ Azienda	Funzione svolte Mansioni ricoperte	Periodo		Totale mesi
		da.....	a.....	

CORSI DI AGGIORNAMENTO

Titolo del corso	Ente erogatore	Periodo		Totale ore
		da.....	a.....	

TIROCINI FORMATIVI/LAVORATIVI

Agenzia formativa Istituto scolastico /Azienda	Funzione svolte Mansioni ricoperte	Periodo		Totale mesi
		da.....	a.....	

Eventuali altri elementi prodotti a dimostrazione delle proprie conoscenze/competenze professionali:

Il/la sottoscritto/a allega i sotto elencati documenti, parte integrante della Domanda di partecipazione:

1. Fotocopia (fronte/retro) del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale
2. Curriculum vitae in formato Europass con foto, datato e firmato
3. Altro (precisare)....

Luogo e Data

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e agli effetti del D.Lgs. 196/03 del 30/06/2003, autorizzo il trattamento dei dati personali da parte dell'Agenzia per la Formazione, l'Orientamento e il Lavoro della Provincia di Como e dei collaboratori che svolgono attività ad essa correlate, mediante strumenti manuali ed elettronici. Avendo preso visione dell'Informativa sulla Privacy disponibile sul sito www.cfpcomo.com, dichiaro inoltre di essere informato/a che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e saranno utilizzati per gli adempimenti connessi allo svolgimento della procedura stessa e alla eventuale successiva gestione del rapporto di lavoro. L'Elenco dei candidati ammessi a collaborare con l'Agenzia sarà pubblicato sul sito www.cfpcomo.com e disponibile per pubblica consultazione agli atti dell'Agenzia. Quanto dichiarato nel presente modulo verrà raccolto, archiviato, registrato ed elaborato tramite supporti informatici, comunicato al personale dell'Agenzia coinvolto nel procedimento, ai membri della Commissione di valutazione, ai componenti dell' Organismo di Vigilanza, all'Amministratore Unico ed al Revisore dei Conti nonché al Direttore.

Responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore dott. Silvio Peverelli

Sì

No

Data

Firma

D.P.R. 445/2000

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 nella forma vigente e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mandati dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità, dichiaro che le informazioni e i dati inseriti sono veritieri

Data

Firma

D.Lgs 39/2014 "ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento dei minori e la pornografia minorile

Dichiaro di non avere a mio carico condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis (prostituzione minorile), 600-ter (pornografia minorile), 600-quater (detenzione di materiale pornografico), 600-quinquies e 609-undecies del Codice Penale (pornografia virtuale ed adescamento di minori su web).

Data

Firma